

violence that involves deliberated degradation of the victim's working conditions, by illegitimate power exercised from a hierarchically superior or equal co-worker.⁴ It has devastating socio-economic, health and organizational consequences², consisting in an important risk factor for burn-out. Monitoring and preventing is an essential quinquennial prevention measure (where medical burnout is prevented and as a result we avoid the risk of injuring the patient).

Additionally, when highlighting the importance of the notification process, it would be important to mention the Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA, a platform to anonymously report incidents occurring in the Health System, by citizens or health professionals.⁵ NOTIFICA has registered 8110 notifications by health professionals and 441 notifications by citizens until the third quarter of 2019, emphasizing its increasingly relevance.³

REFERENCES

1. Antão HS, Sacadura-Leite E, Manzano MJ, Pinote S, Serranheira F, et al. Workplace violence in healthcare: a single-center study on causes, consequences and prevention strategies. *Acta Med Port.* 2020;33:31-7.
2. Direção Geral da Saúde. *Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde.* Lisboa: DGS; 2016.
3. Direção Geral da Saúde. *Relatório de progresso de monitorização:* Sistema Nacional de Notificação de Incidente. 3º trimestre de 2019. Lisboa: DGS; 2019.
4. Neto M. *Assédio no trabalho.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2016.
5. Direção Geral da Saúde. *Circular normativa N° 15 de 25/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA.* Lisboa: DGS; 2014.

Isabel Ralha de ABREU✉¹, Ana Matos SANTOS¹

1. Unidade de Saúde Familiar St. André de Canidelo. Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto VII. Vila Nova de Gaia. Porto.

Autor correspondente: Isabel Ralha de Abreu. abreu.isabelm@gmail.com

Recebido: 04 de março de 2020 - Aceite: 05 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13684>



O Desafio de Tratar Doentes Oncológicos durante a Atual Pandemia Pela COVID-19

The Challenge of Treating Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic

Palavras-chave: Coronavírus; Neoplasias

Keywords: Coronavirus; Neoplasms

O impacto da atual pandemia pela COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) não tem barreiras e influência de forma significativa as nossas relações e a nossa atividade profissional, bem como a forma como atuamos e pensamos. Enquanto médicos, acabamos todos por estar na linha de frente, na medida em que independentemente da área de atuação, podemos ver os nossos doentes afetados pela COVID-19. E por tanto, o desafio de continuar a tratar todos os outros doentes durante a atual pandemia coloca-nos à prova e pode ser bastante desgastante.

No que diz respeito aos doentes oncológicos e como a infeção por este novo coronavírus os pode afetar os dados são ainda bastante escassos. Numa análise retrospectiva de

Despite describing a hospital reality, one should also not forget the primary care setting. The proximity to the population, the easy accessibility, the doctor patient relationship perpetuated over time, coupled with the huge demand for timely responses and the greater isolation of this sector, make it particularly susceptible to episodes of violence.

Furthermore, the article highlights the need to invest in health literacy (promoting the empowerment of the population to take responsibility for their own health and reducing the demand for health care), to hire more human resources and improve workplace security.

There are no perfect worlds, no perfect people, nor perfect solutions. Instead, there is an urgent need for mutual respect between individuals. Workplace violence is a reality and demands solutions.

1590 doentes tratados na China,¹ 18 tinham história de cancro (encontravam-se em vigilância ou em tratamento ativo). Estes doentes apresentaram mais complicações como a necessidade de internamento em unidades de cuidados intensivos para ventilação ou morte. De um modo geral sabemos que os doentes oncológicos são mais suscetíveis a infeções que os outros indivíduos devido ao estado imunossupressor sistémico resultante do cancro e dos tratamentos antineoplásicos.^{2,3} E por isso, estes doentes poderão apresentar maior risco de infeção pelo novo coronavírus.

Do ponto de vista do doente são várias as preocupações: o medo de contágio no hospital pode fazer com que doentes que realmente necessitam de assistência médica não a procurem, pode ainda haver da perspetiva do doente a ideia de que a sua situação clínica passou para um segundo plano uma vez que vê as suas consultas e exames complementares adiados. Por outro lado, a suspensão de visitas nos hospitais tem efeitos devastadores nos nossos doentes, muitos em fim de vida. Nesta fase o contacto entre profissionais de saúde, doentes e familiares por outras vias como o telefone, correio eletrónico ou videochamadas poderá colmatar de alguma maneira estes problemas.

Do ponto de vista do profissional de saúde existe medo também. Medo de contagiar-se, de contagiar familiares ou doentes. A atual rotina de todos os serviços hospitalares foi alterada e o tema 'COVID-19' ocupa todas as conversas, isto pode ter algum efeito de distração que devemos combater a todo o custo, de forma a não perder o foco do nosso trabalho.

A atual pandemia também vai levar a tomar decisões importantes em relação aos tratamentos prescritos. Vamos optar por regimes terapêuticos que não obrigam a diversas vindas ao hospital e por quimioterapia oral sempre que possível. Devemos tentar a todo o custo que não se suspendam tratamentos adjuvantes e por tanto, com intuito curativo. No entanto, pode surgir a necessidade de sermos mais criteriosos na prescrição de tratamentos em doentes metastáticos com algumas linhas de tratamento ou com diagnósticos nefastos.

REFERÊNCIAS

1. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020 Mar;21:335-7.
2. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer.

Paulo LUZ✉^{1,2}, Luís BRETES¹

1. Serviço de Oncologia Médica. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.

2. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Paulo Luz. p_luz@msn.com

Recebido: 22 de março de 2020 - Aceite: 23 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13766>

Devemos aceitar que algumas decisões vão fazer com que se opte por alternativas terapêuticas que não seriam a primeira opção de tratamento segundo a evidência científica atual. Contudo será sempre escolhido o melhor tratamento que podemos oferecer neste momento para o doente diante de nós e que vai ser tratado numa realidade diferente dos doentes das *guidelines*.

A pandemia pela COVID-19 apresenta-nos desafios únicos obrigando-nos a reinventar, de momento o ajuste à nova realidade quase que se faz a diário, mas as reais consequências veremos posteriormente e terão de ser avaliadas. Não queremos heróis, mas sim profissionais de saúde conscientes que se protejam a si e aos outros e que tomem decisões em concordância com a nova realidade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Lancet Oncol. 2009;10:589-97.

3. Li JY, Duan XF, Wang LP, Xu YJ, Huang L, Zhang TF, et al. Selective depletion of regulatory T cell subsets by docetaxel treatment in patients with nonsmall cell lung cancer. *J Immunol Res.* 2014;2014:286170.



Um Caso de Sepsis ao Longo de 24 Horas: Não FALHAR Escreve-se com LHAFAR.

A 24-Hour Sepsis Case: From FALHAR to LHAFAR

Palavras-chave: Bundles de Cuidado ao Doente; Sepsis/tratamento

Keywords: Organ Dysfunction Scores Patient Care Bundles; Sepsis/therapy

Caro editor,

A sépsis caracteriza-se por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção, com disfunção orgânica.¹ Em 2017, estimou-se uma incidência global de 48,9 milhões de casos de sépsis com uma mortalidade de 19,7%.² De 1990 a 2017 a mortalidade diminuiu 52,8%. Na melhoria do prognóstico, o reconhecimento e estratificação da gravidade precoces e a abordagem terapêutica na primeira hora são fundamentais.

A propósito de um caso clínico, propomos um acrónimo que facilite a implementação do *bundle* da primeira hora. Trata-se de uma mulher de 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e diagnóstico de adenocar-

cinoma endometrióide do ovário metastizado. Quatro dias após a realização de quimioterapia, recorreu à Urgência do hospital da área de residência por dispneia e prostração, encontrando-se confusa, hipotensa (tensão arterial 56/26 mmHg) e dispneica, com hipoxemia (pO₂ 42,3 mmHg em ar ambiente; pO₂/FiO₂ 201), hiperlactacidemia (2,4 mmol/L), pancitopenia com neutropenia grave (0,0 x 10³/μL), creatinina de 1,5 mg/dL, proteína C reativa de 33,4 mg/dL e infiltrado pulmonar heterogéneo difuso bilateral com broncograma aéreo. Admitiu-se pneumonia em doente imunocomprometida com sépsis. Iniciou antibioterapia e foi transferida para o hospital onde era seguida, onde chegou 11 horas depois. Mantinha hipotensão (tensão arterial não mensurável), má perfusão periférica, alteração do estado de consciência, hipoxemia (pO₂/FiO₂ 180) e hiperlactacidemia (2,7 mmol/L) com acidemia mista (pH 7,07). Iniciou reposição de volémia, suporte aminérgico, foi submetida a entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e transferida para outro hospital com vagas de unidade de cuidados intensivos (UCI), onde chegou 15 horas após o diagnóstico. Na UCI encontrava-se em choque séptico sob noradrenalina, com hipoxemia (pO₂/FiO₂ 100), lactato de 3,4 mmol/L e em anúria. Manteve antibiótico de largo espectro e colheu hemo-